



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

LIHASINJEKTION ANTAMINEN POTILAS- TURVALLISESTI HOITOTYÖSSÄ

Laura Kovanen

Ida Ukkonen

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2017
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

KOVANEN LAURA & UKKONEN IDA:
Lihasinjektion antaminen potilasturvallisesti hoitotyössä

Opinnäytetyö 42 sivua, joista liitteitä 3 sivua
Maaliskuu 2017

Opinnäytetyön tarkoituksena oli pitää näyttöön perustuvaan tietoon pohjautuva luento potilasturvallisista lihasinjektioista sekä toteuttaa kliininen harjoittelu lihasinjektion antamisesta terveystieteiden alan henkilökunnalle. Opinnäytetyön aihe rajattiin ventrogluteaaliseen lihasinjektioon ja tavoitteena oli motivoida osaston henkilökuntaa käyttämään uusimpia suositeltuja lihasinjektioita käytännössä. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää, mitkä ovat potilasturvallisia lihaksensisäisiä injektioita, miten lihaksensisäisen injektion voi toteuttaa potilasturvallisesti, kuinka luennosta saadaan ammattihenkilöstöä motivoiva sekä millainen on onnistunut käytännön ohjaus ammattihenkilölle lihaksensisäisen injektion pistämisessä ja paikantamisessa.

Opinnäytetyö tehtiin toiminnallisilla menetelmillä. Osaston henkilökunnalle tehtiin ensin lihasinjektio kysely, jonka perusteella toteutettiin henkilökunnan tarpeisiin sopiva luento sekä kliininen harjoittelu. Luento sekä kliininen harjoittelu järjestettiin osastolla kolmena eri päivänä. Luennossa henkilökunta sai tietoa tämän hetkistä potilasturvallisista lihaksensisäisistä injektioista sekä näyttöön perustuvaa tietoa ventrogluteaalisen injektion hyödyistä ja injektioalueen paikantamisesta. Kliinisessä harjoittelussa henkilökunnalle opastettiin ventrogluteaalisen injektioalueen paikantaminen käytännössä. Osastolle annettiin oikeudet käyttää luennon materiaaleja oman henkilökunnan kouluttamiseen.

Osaston henkilökunnalle jaettiin päivän lopuksi palautelomakkeet, joiden perusteella luento sekä kliininen harjoittelu onnistuivat hyvin. Henkilökunta sai uusinta teoreettista tietoa lihasinjektioihin liittyen ja lisäksi henkilökohtaista opastusta ventrogluteaalisen lihasinjektion paikantamiseen. Henkilökunta koki luennon sekä kliinisen harjoittelun hyödyllisiksi. Niiden avulla henkilökunta sai enemmän itsevarmuutta käyttää ventrogluteaalista lihasinjektioita omassa työssään käytännössä.

Jatkotutkimuksena voisi selvittää, kuinka hyvin ventrogluteaalinen lihasinjektio on otettu käyttöön kyseisellä osastolla, kuinka osaston henkilökunta suhtautuu ventrogluteaaliseen lihasinjektioon ja miten potilaat kokevat lihaksensisäiset injektiot.

Asiasanat: lihaksensisäiset injektiot, ventrogluteaalinen injektio, potilasturvallisuus

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health care
Option of Nursing

KOVANEN, LAURA & UKKONEN, IDA:
Administering Intramuscular Injections Safely

Bachelor's thesis 42 pages, appendices 3 pages
March 2017

The purpose of this study was to create an evidence-based lecture on administering intramuscular injections safely and execute a clinical training session for the staff of health-care centre.

The subject of the study is narrowed down to administering a ventrogluteal injection and the goal is to encourage the staff to use the latest preferred intramuscular injections in practice. The research problems of this study are to find out which sites are safe for administering intramuscular injections, how to administer intramuscular injections in a safe manner, how to create a motivating lecture and how to organize a clinical training session for nurses.

This study was made using functional methods. Before continuing out with the lectures, the staff answered a questionnaire about intramuscular injections. The contents of the lecture and training session were based on the results of the questionnaire. The lecture and training session were held on three separate days on the ward of health-care centre. The lecture included theoretical information on the latest preferred intramuscular injections and evidence-based knowledge on the benefits of ventrogluteal injections. The clinical training session provided the nurses with guidance on how to locate the ventrogluteal injection site. The ward was given the permission to use the lecture material for training their own staff.

The staff were given feedback forms to evaluate the success of the lecture and clinical training session. The feedback on the lecture and clinical training session was positive. The nurses experienced the lecture and clinical practice useful. The lecture offered the staff latest theoretical information on intramuscular injections and the clinical training session provided individual guidance on locating the ventrogluteal site. With the help of the lecture and clinical training session the nurses felt more confident about administering ventrogluteal injections in the future.

As an extension to this study, a research project could be executed to find out how well ventrogluteal injections are being administered on the ward and what are the nurses feelings and attitudes towards the ventrogluteal injection.

Key words: intramuscular injections, ventrogluteal injection, patient safety

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
3.1	Lihaksensisäisesti annettavat injektiot.....	7
3.1.1	Ventrogluteaalinen lihasinjektio	14
3.1.2	Potilasturvallisuus	17
3.1.3	Näyttöön perustuva hoitotyö	19
3.2	Hoitajan muutoksen tunne ja sen tukeminen	20
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	22
4.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	22
4.2	Luennon ja käytännön harjoituksen suunnittelu ja toteuttaminen	22
4.2.1	Luennon suunnittelu ja toteutus	23
4.2.2	Käytännön harjoituksen suunnittelu ja toteutus	26
4.3	Arviointi.....	29
5	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	32
5.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	33
5.2	Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset	35
	LÄHTEET.....	36
	LIITTEET	40
	Liite 1. Lihasinjektio-kysely.....	40
	Liite 2. Palautelomake	41
	Liite 3. Opinnäytetyön posterit.....	42

1 JOHDANTO

Sairaanhoitajan ammatillisen asiantuntijuuden osaamisalueisiin kuuluu lääkehoito, johon sisältyy muun muassa potilasturvallinen lääkehoito sekä sen toteutus (Luokkamäki 2015, 5, 14). Yksi lääkehoidon tapa, jolla lääkettä voidaan antaa potilaalle, on lihasinjektio. Lihaksen sisäiset injektiopaikat ovat useimmiten ulompi reisilihas, suora reisilihas, hartialihas ja vatsanpuoleinen pakaralihas. Injektiopaikan määrittää se, kuinka suuri lääkemäärä pistetään lihakseen sekä kuinka paljon kyseinen lääkeaine ärsyttää kudosta. Injektiopaikan valintaan vaikuttavat myös muun muassa potilaan ikä, sukupuoli sekä rasvakuoksen paksuus. Injektiopaikkojen paikantaminen vaatii sairaanhoitajalta hyvää anatomian tuntemista. (Ojala & Kaukkila 2008.)

Opinnäytetyössä käsitellään potilasturvallisia lihasinjektioita ventrogluteaalisen eli vatsanpuoleisen pakaralihasinjektion kautta. Tutkimukset ovat osoittaneet ventrogluteaalisen lihasinjektion olevan potilasturvallisempi vaihtoehto pakaralan yläneljännekselle (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2015). Aihe on ajankohtainen, koska potilasturvallisuuden yhdeksi keskeisimmistä kehittämisen kohteista Suomessa, on tullut lääkehoidon turvallisuuden parantaminen (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2016b). Monien tutkimusten mukaan dorsogluteaalista (pakaralan yläneljännes) lihasinjektiotekniikkaa käytetään edelleen, mikä uusimpien tutkimusten mukaan ei ole turvallista (Ojala & Kaukkila 2008). Aiheen valintaan vaikuttaa myös tämän opinnäytetyön tekijöiden omakohtaiset kokemukset uuden ventrogluteaalisen injektiotekniikan käytöstä yleisesti käytännön harjoituksissa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on pitää näyttöön perustuvaan tietoon pohjautuva luento potilasturvallisesta lihaksensisäisestä injektioista sekä toteuttaa kliininen harjoittelu lihasinjektion antamisesta terveystieteiden alan henkilökunnalle. Opinnäytetyön tehtävinä on selvittää, mitkä ovat potilasturvallisia lihaksensisäisiä injektiopaikkoja, miten lihaksensisäisen injektion voi toteuttaa potilasturvallisesti, kuinka luennosta saadaan ammattihenkilöstöä motivoiva sekä millainen on onnistunut käytännön ohjaus ammattihenkilölle lihasinjektion pistämisessä sekä paikantamisessa. Tavoitteena on, että osaston henkilökunta motivoituisi ja oppisi käyttämään uusimpia suositeltuja lihasinjektioita potilasturvallisesti.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on pitää näyttöön perustuvaan tietoon pohjautuva luento potilasturvallisesta lihaksensisäisestä injektioista sekä toteuttaa kliininen harjoittelu lihasinjektion antamisesta terveystieteiden alan henkilökunnalle.

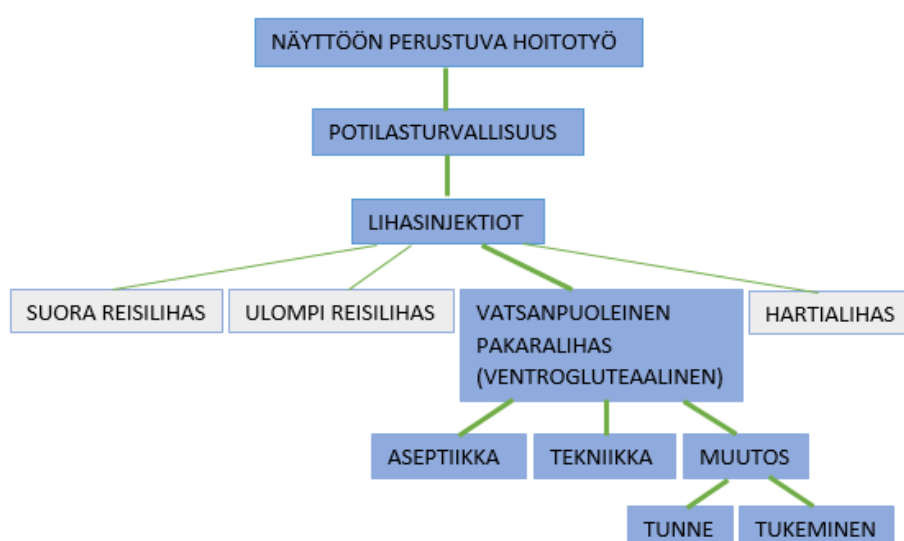
Opinnäytetyön tehtävät ovat:

1. Mitkä ovat potilasturvallisia lihaksensisäisiä injektio- paikkoja?
2. Miten lihaksensisäisen injektion voi toteuttaa potilasturvallisesti?
3. Kuinka luennosta saadaan ammattihenkilöstöä motivoiva?
4. Millainen on onnistunut käytännön ohjaus ammattihenkilölle lihasinjektion pistämisessä sekä paikantamisessa?

Opinnäytetyön tavoitteena on, että osaston henkilökunta motivoituisi ja oppisi käyttämään uusimpia suositeltuja lihasinjektioita potilasturvallisesti.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön tärkeimmät käsitteet ovat näyttöön perustuva hoitotyö, potilasturvallisuus, lihaksensisäisesti annettavat injektiot, ventrogluteaalinen eli vatsanpuoleinen pakaralihasen alue sekä hoitajien muutoksen tunne ja sen tukeminen (kuvio 1). Opinnäytetyössä mainitaan kaikki potilasturvalliset lihasinjektiopaikat, mutta niiden paikantamista ei käsitellä. Työssä käydään tarkemmin vain ventrogluteaalisen eli vatsanpuoleisen pakaralihasen paikantamista.



KUVIO 1. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet kuviona

3.1 Lihaksensisäisesti annettavat injektiot

Yksi lääkehoidon muoto on lihaksensisäisesti annettavat injektiot (Ojala & Kaukkila 2008). Lääkeaine pistetään tiheään lihakseen, koska lihaskudoksessa on vähemmän kipua aistivia hermoja. Lihaskudoksesta lääkeaineet imeytyvät verenkiertoon nopeammin kuin ihonalaiskudoksesta. Oikein pistetty lihasinjektio on siten kivutonta ja sitä kautta voidaan antaa väkeviä ja ärsyttäviä lääkeaineita, kuten esimerkiksi antibiootteja tai rokotuksia, jotka saattaisivat vahingoittaa ihonalaiskudosta. (Rodger & Kingin 2000, Greenway 2004

mukaan; Hunter 2008, 35; Hopkins & Arias 2013, 32; Ogston-Tuck 2014, 53; Quan 2017.)

Lihakseen pistettävät potilasturvalliset injektiopaikat ovat suora reisilihas, ulompi reisilihas, hartialihhas ja vatsanpuoleinen pakaralihas eli ventrogluteaalinen. (Hunter 2008, 36; Ojala & Kaukkila 2008; Ogston-Tuck 2014, 53.) Injektiopaikkojen paikantaminen vaatii sairaanhoitajalta hyvää anatomian tuntemista, tarkkuutta sekä varmuutta (Ojala & Kaukkila 2008; Ogston-Tuck 2014, 54).

Suora reisilihas on suuri etummainen lihas nelipäisestä reisilihaksesta. Suoraa reisilihasta käytetään syvissä lihasinjektioissa ja siihen voidaan pistää aikuiselle kerralla 1–5ml lääkettä, kun taas lapsille suositeltu lääkeainemäärä on 1–3ml. (Hunter 2008, 35–36; Hopkins & Arias 2013, 35; Ogston-Tuck 2014, 54.) Suoran reisilihaksen alueelle suositellaan pistämistä erityisesti lapsille, jotka ovat alle yhden vuoden ikäisiä, jolloin lihasmassan osuus on siinä alueella suurimmillaan (Paediatric Nursing 2007, 37). Ulompi reisilihas on myös yksi osa nelipäisestä reisilihaksesta ja nimensä mukaisesti se sijaitsee reiden ulkosyrjässä. Ulompaan reisilihakseen voidaan suoran reisilihaksen tavoin pistää 1–5ml lääkettä ja sitä käytetään syvissä lihasinjektioissa. (Hunter 2008, 36; Hopkins & Arias 2013, 35; Ogston-Tuck 2014, 54.)

Hartialihhas sijaitsee käsivarren yläosassa. Lihasinjektioissa siihen tulisi käyttää lihasen tiheintä kohtaa, joka löytyy suoraan 2,5–5cm korppilisäkkeen alapuolelta. (Hunter 2008, 36.) Hartialihaksen kokoon nähden sitä ei tulisi käyttää toistuvasti eikä siihen suositella pistettävän suuria lääkemääriä (Paediatric Nursing 2007, 37; Hunter 2008, 36). Siksi suurin siihen sallittu lääkemäärä on 1–2ml (Hunter 2008, 36; Hopkins & Arias 2013, 35; Ogston-Tuck 2014, 53-54). Rokotukset suositellaankin pistettävän juuri hartialihakseen (Ogston-Tuck 2014, 54).

Vatsanpuoleiseen pakaralihakseen eli ventrogluteaaliseen injektiopaikkaan voidaan pistää kerralla 2,5–5ml lääkettä (Hopkins & Arias 2013, 35; Ogston-Tuck 2014, 54). Ventrogluteaalinen lihasinjektio on uusin suositeltu injektiopaikka. Tämän kyseisen paikan sanotaan olevan hyvä, sillä tutkimukset ovat osoittaneet ventrogluteaalisen lihasinjektion olevan potilasturvallisempi vaihtoehto pakaran yläneljännekselle (Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2015). Ventrogluteaalinen injektiopaikka on saavutettavissa monissa potilaan eri asennoissa ja ihonalaiskudoksen paksuus lihaksen päällä on todettu olevan ohuempi kuin dorsogluteaalissa (Paediatric Nursing 2007, 37). Venrogluteaalista

lihassinjektion paikantamista käsitellään opinnäytetyössä tarkemmin myöhemmissä kapaleissa.

Injektioneulan valinta

Oikea neulan valinta on monelle hoitajalle haasteellista (Ojala & Kaukkila 2008). Hoitajat valitsevat usein lyhyen neulan, koska luulevat sen aiheuttavan vähemmän kipua potilaalle (Ojala & Kaukkila 2008). Väärän kokoinen neula voi aiheuttaa lääkeaineen imeytymisen ihonalaiskudokseen lihaskudoksen sijaan. Väärään kudokseen imeytynyt lääkeaine ei pääse imeytymään riittävän nopeasti verenkiertoon. (McWilliam, Botwinski & LaCourse 2014, 4.)

Potilaan koko, ikä, injektio kohta, lääkeaineen määrä ja viskositeetti sekä kudoksen ulkopuolelle jäävän neulan osuus tulee aina huomioida injektioneulan valinnassa (Ojala & Kaukkila 2008; Quan 2017). Neulaa ei saa pistää potilaaseen kokonaan, vaan neulasta tulee jättää kolmas osa ulkopuolelle (Rodger & King 2000, Ojala & Kaukkila 2008 mukaan). Neulan valinnassa tulee huomioida, että sama neula ei sovellu kaikille, joten sama neula kaikille- periaatteen mukaan ei voi kulkea (Ojala & Kaukkila 2008).

Lihaksensisäisen injektioneulan läpimitta on yleensä 21–25G (Paediatric Nursing 2007, 37; Hunter 2008, 38; Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2016a). Mikäli neulan läpimitta on pienempi, tulee hoitajan injektoida lääkeaine potilaaseen nopeammin, joka voi aiheuttaa potilaassa epämiellyttävän olon (Hunter 2008, 38). Oikean neulan valinnassa tulee varmistaa, että neulan pituus on tarpeeksi pitkä läpäisemään ihonalaiskudoksen ja pääsemään lihakseen asti (Ogston-Tuck 2014, 55). Lihaksensisäisissä injektioissa neulan tulee aikuisella olla noin 25–40mm pituinen. Lapsille suositellaan 16mm pituista neulaa, mutta sekin riippuu lapsen iästä ja ihonalaisrasvasta. (Paediatric Nursing 2007, 37; Ogston-Tuck 2014, 55.) Neulan valinnassa tulee muistaa myös sukupuolierot. Naisilla rasvakudosta on enemmän kuin miehillä, joten pidempiä neuloja suositellaan käytettävän naisilla, jotka ovat painoltaan 60-90kg välillä. (Ogston-Tuck 2014, 55.) Potilaan painoindeksiä (BMI) voidaan käyttää apuna, kun valitaan neulan pituutta. Rasvakudoksen paksuus ei kuitenkaan ole täysin yhteydessä painoindeksiin. (Ojala & Kaukkila 2008.) Neulan valmistajilla on kaikilla erilaisia omia värikoodeja (kuva 1) eri kokoisille neuloille, siksi neulan kokoa ei tule koskaan opetella värin mukaan vaan pakkausselosteesta tulee tarkistaa oikea neulan paksuus ja pituus (Cocoman & Murray 2008, 431).

Kun lääkeaine vedetään ruiskuun, tulee käyttää suodatinneulaa. Ampullista voi irrota lasinpalasia, joten suodatinneulaa käyttämällä pyritään estämään lasinpalasten siirtyminen potilaaseen (Cocoman & Murray 2008, 431; Rodger & King 2000, Ojala & Kaukkila 2008 mukaan.) Neula tulee aina vaihtaa puhtaaseen ennen injektion antoa potilaalle (Ojala & Kaukkila 2008).



KUVA 1. Eri valmistajien injektioneuloja. Vasemmalta: Sininen 23G 30mm, Musta 22G 40mm, Violetti 24G 25mm, Keltainen 24G 25mm, Violetti 25G 25mm. (Ukkonen 2017)

Käsihygienia

Käsihygienia ennen ja jälkeen potilaskontaktin on tärkein keino estää bakteerien leviämistä ja siten mahdollisten infektioiden leviämistä potilaasta toiseen. Siihen kuuluu muun muassa käsien pesu saippualla ja vedellä sekä desinfektio. Kädet tulisi pestä vedellä ja saippualla, mikäli kädet ovat silmännähdn likaiset, sekä käyttää käsidesinfektiota joka tilanteessa. Käsihygieniaa tulee noudattaa aina, kun käsitellään injektioon tarvittavia välineitä, aloitetaan ja lopetetaan injektion anto, saavutaan ja lähdetään potilaan luota sekä ennen ja jälkeen kumihanskojen käytön. Tehdaspuhtaita suojakäsineitä lihasinjektioiden yhteydessä tulisi käyttää ainoastaan, jos on todennäköistä, että hoitaja on kontaktissa veren tai muiden eritteiden kanssa. Suojakäsineiden käyttöä suositellaan myös, jos hoitajalla on käsissään tai potilaalla iholla rikkoumia, haavoja, ihottumaa tai palovammoja. Niitä ei kuitenkaan ole pakko käyttää, mikäli potilaan sekä hoitajan iho on ehjä. Suojakäsineet

eivät myöskään estä mahdollisia pistotapaturmia ja siksi neulojen ja muiden terävien esineiden käsittelemisessä tulee olla varovainen. (Ojala & Kaukkila 2008; World health organization 2010, 5–6.)

Ihon puhdistaminen

Ohjeet ihon valmistelemisesta ennen injektion antoa ovat muuttuneet viimeisen vuosikymmenen aikana useasti ja ihon desinfektioinnista ennen injektiota on kiistelty (Hunter 2008, 37; Ogston-Tuck 2014, 55). Tiedetään, että ihon desinfektointi 60–70 % alkoholilla vähentää iholla olevien bakteerien määrää (Gittens & Bunnell 2009, 42). Kuitenkin, jos injektio annetaan ennen kuin iho on kuivunut, tämä toimenpide on tehoton, sillä se voi aiheuttaa potilaalle kipua ja pistävää tunnetta antiseptisestä aineesta johtuen. Tämä voi päästää bakteereita kulkeutumaan ihon alle ja aiheuttaa paikallista ärsytystä injektio kohtaan. Tästä syystä, mikäli ihoa desinfioidaan ennen injektiota, tulisi ihon antaa kuivua vähintään 30 sekuntia, jotta alkoholi ehtii haihtua iholta ennen injektion antoa. (Cocoman & Murray 2008, 431; Hunter 2008, 37; Gittens & Bunnell 2009, 42.)

Tämänhetkisen suosituksen mukaan ihon desinfektointi ennen injektioita ei ole tarpeellinen nuorelle, terveelle henkilölle, jolla on silminnähtävästi puhdas iho. (Hunter 2008, 37; Gittens & Bunnell 2009, 42; Ogston-Tuck 2014, 55.) Riittää, kun hoitaja huolehtii käsihygieniastaan suositusten mukaisesti ja toimii aseptisesti koko injektion annon ajan (Hunter 2008, 37). Maailman terveysjärjestö WHO:n (2010, 7) ohjeistuksen mukaan, jos potilaan iho on silminnähtävästi likainen, suosituksena olisi vain pestä iho vedellä ja saippualla desinfektioinnin sijaan. Desinfektointi ennen injektiota on kuitenkin suositeltavaa, mikäli injektio annetaan vanhemmalle potilaalle, immuunipuutteiselle potilaalle tai jos injektio paikka on lähellä infektoitunutta vammaa (Ogston-Tuck 2014, 55–56).

Injektio paikan määrittely

Injektio paikan valintaan vaikuttavat lääkemäärä, lääkeaineen sietokyky, potilaan ikä, sukupuoli, lihasmassan määrä, rasvakudoksen paksuus, lihavuus, paino, painoindeksi (BMI), potilaan aikaisemmat injektiot sekä potilaan asento, esimerkiksi jos potilas on vuodepotilaana. (Hunter 2008, 36; Ojala & Kaukkila 2008; McWilliam ym. 2014, 5; Ogston-Tuck 2014, 53.) Myös infektiot, haavaumat, luomet tai tatuoinnit vaikuttavat, mihin injektio voidaan pistää (Ojala & Kaukkila 2008). Tärkeintä on arvioida oikea injektio paikka jokaiselta potilaalta yksilöllisesti. Lääkeaineen sietokyky on tärkeämpi kuin sen

määrä, koska pienemmät lääkemäärät nopeuttavat aineen imeytymistä ja estävät haitallisten lääkeaine-reaktioiden syntymistä (Ogston-Tuck 2014, 54). Kuitenkin, jos lääkeaine on viskositeetiltaan tai määrältään hyvin suuri, tulisi se pistää suureen lihakseen (Floyd & Meyer 2007, 20).

Injektiotekniikka

Ennen kuin neula pistetään potilaan ihon läpi tulisi ihoa pingottaa käyttäen Z-tekniikkaa (kuva 2), jolloin ihoa ja ihonalaiskudosta siirretään 2–3 cm sivuun lihaksen päältä toisen käden sivusyrjällä (Floyd & Meyer 2007, 21; Hunter 2008, 37; Karttunen 2012, 49). Z-tekniikan avulla ihosta muodostuu ”kansi” injektiokanavaan, joka estää lääkeaineen pääsyn injektiokanavaa pitkin ihonalaiskudokseen. (Cocoman & Murray 2008, 431; Hunter 2008, 39; Karttunen 2012a, 49; Ogston-Tuck 2014, 56).



KUVA 2. Z-tekniikka, ihon pingotus (Ukkonen, 2017)

Injektiota antaessa ruiskua tulisi pitää kädessä kuin tikkaa (Hunter 2008, 37; Ogston-Tuck 2014, 56). Kun iho on pingotettu, neula pistetään nopeasti 90 asteen kulmassa potilaan ihoon niin, että neulasta jää noin kolmasosa näkyviin. Neulaa ei saa pistää liian nopeasti tai hitaasti, sillä tämä saattaa aiheuttaa potilaalle kipua. (Cocoman & Murray 2008, 432; Hunter 2008, 37; Hopkins & Arias 2013, 36; Ogston-Tuck 2014, 56.) Kun injektioneula on paikoillaan lihaskudoksessa, pingottavalla kädellä otetaan etusormella ja keskisormella tukeva ote ruiskusta (kuva 3), jotta neula ei pääse liikkumaan lihaskudoksessa. Injektioruiskun mäntää vetämällä, eli aspiroimalla, tarkistetaan, ettei neula ole osunut verisuoneen. Jos ruiskuun aspiroituu verta, tulee neula vetää pois, suorittaa toimenpide alusta

uusilla injektiovälineillä ja lääkeaineella sekä selittää potilaalle, mitä juuri tapahtui. Mikäli ruiskuun ei aspiroidu verta, lääkeaineen voi ruiskuttaa lihaskudokseen. (Cocoman & Murray 2008, 432; Hunter 2008, 38; Hopkins & Arias 2013, 36; Quan 2017.)



KUVA 3. Ruiskun tukeminen pingottavalla kädellä sekä aspirointi (Ukkonen, 2017)

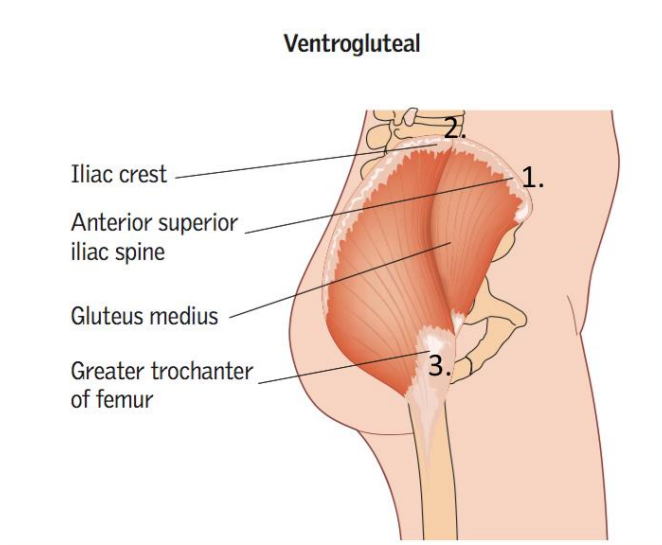
Suosittelut injektio-nopeus on hitaasti, noin 1ml 10 sekunnissa, jotta lääkeaine ehtii imeytymään lihaskudokseen ja potilaalle ei aiheudu kipua. Tärkeintä on kuitenkin noudattaa kyseisen lääkeaineen valmistajien luomia ohjeita, joissa kerrotaan aineen laimennusohjeet sekä injektionopeus. (Paediatric Nursing 2007, 37; Cocoman & Murray 2008, 432; Hunter 2008, 37; Ogston-Tuck 2014, 56). Kun injektioruisku on tyhjä, tulee odottaa muutama sekunti, ennen kuin neulan voi vetää rauhallisesti pois lihaskudoksesta (Hunter 2008, 37; Ogston-Tuck 2014, 56). Iho päästetään pingotuksesta vasta, kun neula on poistettu kokonaan kudoksesta (Karttunen 2012, 49; Ogston-Tuck 2014, 56). Injektiokohtaa tulee painaa hetki kuivalla taitoksella, jotta mahdollinen verenvuoto tyrehtyy. Kohtaa ei tarvitse hieroa, koska se saattaa edesauttaa lääkeaineen vuotoa injektioalueelle ja siten aiheuttaa paikallista ärsytystä. (Paediatric Nursing 2007, 37; Cocoman & Murray 2008, 432; Hunter 2008, 38.) Injektioneula laitetaan välittömästi injektion annon jälkeen lähellä olevaan särnäisjäteastiaan, jotta vältetään mahdollisilta pistotapaturmilta (Cocoman & Murray 2008, 432; Hunter 2008, 38).

Komplikaatiot

Erilaiset komplikaatiot ovat mahdollisia, kun annetaan injektioita lihakseen (Ojala & Kaukkila 2008). Mitä tahansa lääkeainetta annettaessa potilaalle, syntyy mahdollisuus haittatapahtumaan. Siksi onkin tärkeää, että hoitaja osaa varautua lääkeaineen nopeasta imeytymisestä syntyviin komplikaatioihin, kuten esimerkiksi anafylaktiseen reaktioon. (Hunter 2008, 35.) Muut syyt komplikaatioihin ovat muun muassa injektiotekniikasta ja -paikasta sekä hoitajan aseptisestä toiminnasta johtuvia. Kipu, turvotus sekä paikallisreaktiot ovat lieviä komplikaatioita. Infektiot, absessit, sidekudostulehdukset, kudoksen nekroosit, hematoomat sekä verisuonten ja hermojen vauriot ovat muita mahdollisia haittatapahtumia. (Hunter 2008, 35; Ojala & Kaukkila 2008.)

3.1.1 Ventrogluteaalinen lihasinjektio

Ventrogluteaalinen eli vatsanpuoleinen pakaralihaskeskeinen alue (kuva 4) on suuri pakaralihaksen alue, jota ympäröi tasainen kerros ihonalaista rasvaa (Greenway, Merriman & Statham 2006, 34). Injektiopaikka ei sisällä suuria määriä hermoja tai verisuonia (Greenway 2004; Hopkins & Arias 2013, 35). Ventrogluteaalialueella keskeiset lihakset ovat pieni- ja keskimäinen pakaralihas. Alueella ihonalaiskudos on vähäistä, joten voidaan olla varmoja, että lääke pääsee lihaskudokseen asti. (Karttunen 2012b, 48.)



KUVA 4. 1. Suoliluun yläetukärki 2. Suoliluunharja 3. Iso sarvennoinen (Ogston-Tuck 2014, 53 muokattu)

Ventrogluteaalissa injektiopaikassa on enemmän lihasmassaa, kun dorsogluteaalissa, jonka vuoksi injektiopaikkaa käytetään myös iäkkäiden sekä lasten kanssa (Small 2004; Cook & Murtagh 2006, Ojala & Kaukkila 2008 mukaan; Cocoman & Murray 2008, 428.). Lihasmassa on riittävän kehittynyt kävelevillä henkilöillä ja, heillä jotka kävelyä harjoittelevat (Karttunen 2012a, 48). Ventrogluteaalista injektiopaikkaa voidaan käyttää yli 7 kuukauden ikäisille lapsille ja se soveltuu voimakkaille sekä ärsyttävillä lääkeaineilla (Cook & Murtagh 2006, Dilek & Uzelli 2015, 509 mukaan).

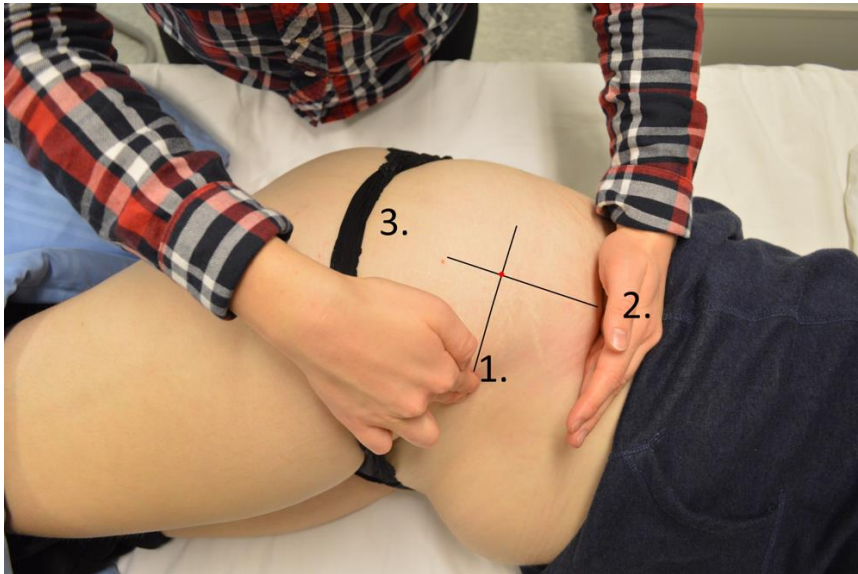
Nisbetin tekemässä tutkimuksessa (2006) selviää, että ventrogluteaalilla alueella on keskiarvolta 19mm ihonalaista rasvaa, ja dorsogluteaalilla on keskiarvolta 32mm. Tämä osoittaa, että 35mm (21G) pitkällä neulalla läpäistään lihakseen ventrogluteaalilla alueella 74% varmuudella ja dorsogluteaalilla alueella vain 57% varmuudella. Loppu lääkeaineesta joutuu ihonalaiseen rasvaan, joka voi aiheuttaa tilaan ärsytyksen. (Greenway ym. 2006, 34.) Lisäksi Burbridgen tekemästä tutkimuksesta (2007), selviää, että jopa 35% dorsogluteaalista pistetyistä injektioista päättyy ainoastaan ihonalaistukseen lihaskudoksen sijaan.

Ventrogluteaalista injektiopaikkaa voidaan käyttää laihoille, normaalipainoisille sekä lievästi ylipainoisille potilaille. Neulan tulee olla pidempi ylipainoisilla. (Carter & McCoy, 2008; Cocoman & Murray, 2008, Dilek 2015, 509 mukaan.) Injektiota pistäessä käytetään vähintään 38 mm pitkää neulaa (naiset BMI <26, miehet BMI <30). Mikäli paino ylittää annetut arvot, tulee käyttää 50 mm neulaa. Suurissa ylipainoissa tulee käyttää yli 50 mm neulaa (Zaybak, Gunes, Tamsel, Khorshid & Eser 2007; Ojala & Kaukkila 2008).

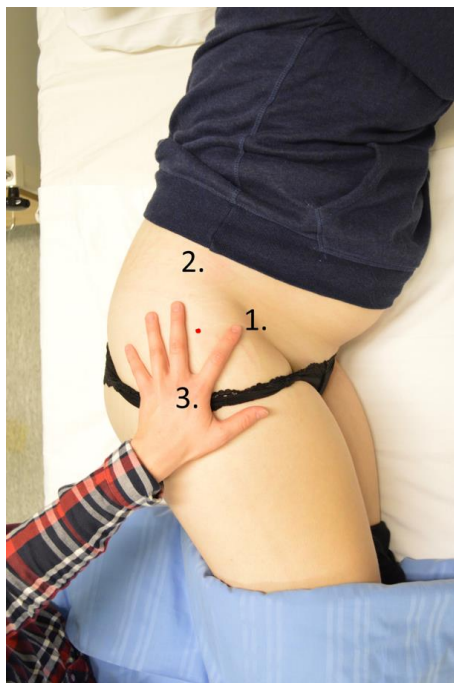
Ventrogluteaalinen lihaspistos annetaan potilaan ollessa selinmakuulla, vatsallaan, istuma-asennossa tai kylkiasennossa (Karttunen & Perälä 2012, 25). Potilaan tulee olla asennossa, jossa lihakset ovat rentoutuneet (McGarvey 2001; Ogston-Tuck 2014, 56 mukaan). Tästä syystä injektiota ei tulisi antaa seisoma-asennossa (Karttunen & Perälä 2012, 25).

Ventrogluteaalinen injektiopaikka paikannetaan laittamalla hoitajan kämmen potilaan vastakkaisen reisiluun päälle eli esimerkiksi hoitajan oikea kämmen potilaan vasemmalle reisiluulle (kuva 6) (Karttunen 2012b, 49). Tämän jälkeen osoitetaan etusormella kohti suoliluun etuharjaa ja keskisormi suoliluun korkeimpaan kohtaan, jolloin saadaan sormien avulla V-kirjain. Injektiopaikka sijaitsee V-kirjaimen keskellä. Peukalon tulee olla

osoitettuna potilaan vartalon etuosaa (Ojala & Kaukkila 2008.) Injektiopaikka löytyy myös helposti käyttäen hyväksi vain potilaan anatomisia maamerkkejä, kuten esimerkiksi luita (kuva 5) (Cocoman & Murray 2008, 428; Karttunen 2012a, 49). Varmimmin injektiopaikan löytää palpoimalla eli tunnustelemalla oikean sijainnin potilaasta (Cocoman & Murray 2008, 431).



KUVA 5. Ventrogluteaalisen lihasinjektion anatomiset maamerkit 1. Suoliluun yläetukärki 2. Suoliluunharja 3. Iso sarvennoinen (Ukkonen, 2017)



KUVA 6. Hoitajan käsi apuna ventrogluteaalisen injektiopaikan paikannuksessa. (Ukkonen, 2016)

Kanadassa tehtiin tutkimus (Walsh & Brophy 2011) akuuttien sairaanhoitajien lihasinjektiopaikan valinnasta. Tulokset tuovat esille, että yli 30-vuotiaat sairaanhoitajat, joilla on yli 4 vuoden työkokemus valitsevat dorsogluteaalisen lihasinjektioalueen ensisijaisena injektiopaikkana. Sen sijaan sairaanhoitajat, jotka olivat korkeammin koulutettuja, valitsivat ensisijaisena lihasinjektioalueena ventrogluteaalisen lihasinjektion. Heillä oli työkokemusta 1–4 vuotta ja he olivat iältään 20–24 vuotiaita. Tulosten perusteella voidaan sanoa, että ventrogluteaalista injektiopaikkaa käyttävät ne henkilöt, jotka ovat saaneet tarkkaa ohjausta ja opetusta sen pistämisessä.

Ammattikorkeakouluissa on siirrytty opettamaan hoitoalan opiskelijoille lihaksensisäistä injektion antoa ventrogluteaaliseen injektioalueeseen ensisijaisena lihasinjektio paikkana. Tällä tavoitellaan, että ventrogluteaalinen injektioalue tulisi tutuksi terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa ja sen käyttö yleistyisi. (Karttunen & Perälä 2012, 13.) Sairaanhoitajaopiskelijoilla on tärkeä rooli tehdä ventrogluteaalisesta injektioalueesta tuttu. Ongelmana kuitenkin on, että ventrogluteaalisesti pistämistä opetetaan opiskelijoille, mutta kentällä ohjaajille injektioalue ei ole tarpeeksi tuttu, jotta käytännön harjoittelua tulisi riittävästi. (Karttunen 2012b, 13.)

3.1.2 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuus on laadun perusta terveyden- ja sairaanhoidossa. Turvallisessa hoidossa käytetään voimavaroja ja menetelmiä, jotka eivät aiheuta potilaalle haittaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a, 11.) Potilasturvallisuuteen kuuluu hoidon turvallisuus, johon liittyy hoitomenetelmien käyttö sekä turvallinen hoito, lääkehoidon turvallisuus, joka sisältää lääkkeiden ja lääkityksen turvallisuuden, sekä lääkinnällisten laitteiden turvallisen käytön (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014). Ammatillinen osaaminen on potilasturvallisuuden edellytys ja jokaisella terveydenhuollon työntekijällä on vastuu osaamisestaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a). Terveydenhuoltolaki (1326/2010) määrittää, että terveydenhuollon toiminnan tulee olla näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin perustuvaa.

Toimintayksikössä potilasturvallisuus tarkoittaa periaatteita ja toimia, joilla varmistetaan potilaan hoidon turvallisuus ja suoja vahingoilta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a,

12). Jokaisessa terveydenhuollon toimintayksikössä tulee olla laadittuna suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Suunnitelmassa huomioidaan potilasturvallisuutta edistävä yhteistyö sosiaalihuollon palvelujen kanssa. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Sairaanhoito on vaativaa, jossa ilmenee vaaratapahtumia (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a, 11). Vaaratilanteita voi aiheuttaa ongelma käytännön tekemisessä, käytetty tuote tai menetelmä (World Health Organization 2016). Vaaratilanteita tapahtuu myös siitä huolimatta, että henkilökunta on ammattitaitoista sekä sitoutunutta työhönsä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a, 11). Potilasturvallisuus nähdään monesti negatiivisen kautta ja se otetaan vasta huomioon, kun tapaturma on jo sattunut tai kun tapaturma on ollut lähellä sattua (Kaila, Niemi-Murola & Kauppi 2014). Avoimessa ja luottamuksellisessa ilmapii-rissä osataan käsitellä poikkeamia, läheltä piti- sekä haittatapahtumia avoimesti kehittämisen mielessä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a, 14).

Terveydenhuolto on turvallisuudessa jäänyt taakse muista korkean riskin aloista. Terveydenhuollossa tapahtuu jatkuvasti suuria muutoksia palvelujärjestelmässä ja sen toimintaympäristössä. Muutokset vaikuttavat potilasturvallisuuteen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a, 12.) Tämän hetkiset sähköiset potilasjärjestelmät eivät anna tarpeeksi hyvää tukea, jotta voidaan seurata potilasturvallisuutta ja sen edistämistä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 7–8). Lääketieteellä ja teknologialla on jatkuvaa kehittymistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 12). Teknologian kehittymisen myötä laitteiden käyttö ja hallinta on entistä vaativampaa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 7). Myös vastuita uudistetaan eri ammattiryhmien työnjaoissa. Työntekijät vaihtuvat nopeasti ja henkilökunnan voimavarat ovat vähäiset. Nämä seikat johtavat tehokkuuden korostamiseen ja lisäävät paineita työntekijöille. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a, 12.)

Kouluttamalla terveydenhuollon henkilökuntaa ja sujuvoittamalla hoitoprosesseja potilasturvallisuus vahvistuu. Tutkimustietoon perustuva hoito on potilasturvallisuuden kannalta yksi tärkeimmistä (Kaila, Niemi-Murola & Kauppi 2014). Kouluttamisen ansiosta henkilökunta saa kokonaiskuvan potilasturvallisuudesta ja oppii käsittelemään virheet (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 9). Potilasturvallisuuteen vaikuttaa potilaan oma aktiivisuus, joten sen edistämiseksi potilas ja hänen läheisensä otetaan mukaan. Potilasta kuunnellaan ja hän osallistuu oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a, 15; Kaila, Niemi-Murola & Kauppi 2014.)

Haattatapahtumien ehkäisyssä tärkeää on turvallisuusriskien ennakointi, niiden analysointi ja niihin puuttuminen. Vaaratapahtumien takana on monia piileviä syitä, jotka ovat tärkeitä havaita ennen, kuin vaaratilanne tapahtuu. Tutkimuksen ja kokemuksen perusteella tiedetään, että haattatapahtumien mahdollisuus pienenee, kun organisaatiossa toimitaan yhteisten sovittujen käytäntöjen ja linjausten mukaan. Turvallisuusriskejä vähennetään minimoimalla erehtymisen mahdollisuutta tiedonkulun, rakenteiden sekä prosessien jatkuvalla kehittämisellä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a, 16.)

3.1.3 Näyttöön perustuva hoitotyö

Näyttöön perustuva hoitotyö (engl. Evidence based nursing) tarkoittaa uusinta, ajantasaista ja tutkittua tietoa, jota käytetään harkiten hyödyksi potilaan ja tämän läheisten hoidossa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009b, 53). Se yhtenäistää kaikkien terveysalan toimijoiden toimintatapoja, parantaa työympäristöä, lisää hoitohenkilökunnan osaamista, yhtenäistää potilaiden hoitoa, parantaa potilaiden hoitokokemuksia, mahdollistaa korkealaatuisen ja kustannustehokkaimman hoidon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009b, 53–54; Chrisman, Jordan, Davis & Williams 2014, 8; Hain & Kear 2015, 11.) Yksinkertaisimmillaan näyttöön perustuvassa hoitotyössä on kyse potilaan parhaasta mahdollisesta yksilöllisesti sovelletusta hoidosta ajankohtaisen tiedon perusteella (Ottela 2014).

Näyttöön perustuvaan päätöksentekoon vaikuttavat luotettava tutkimustieto aiheesta tai muuta luotettavaa tietoa antavat lähteet, kuten esimerkiksi tilastot, rekisterit sekä asiantuntijoiden konsensuslausumat. Päätöksentekoon kuuluu myös henkilökunnan kokemustieto, potilaalta ja tämän läheisiltä saatu tieto sekä tieto palvelujärjestelmän mahdollisuuksista, kuten esimerkiksi toimintayksikön käytössä olevista voimavaroista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009b, 55; Hain & Kear 2015, 12.)

Suomessa terveydenhuollossa käytetään Käypä hoito –suosituksia, jotka ovat tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia hoitosuosituksia. Suositusten tarkoitus on olla terveydenhuollon päätöksenteon tukena, edistää potilaiden hoitoa sekä parantaa hoidonlaatua. (Käypä hoito 2016.) Näyttöön perustuvan hoitotyön näkyminen on määritelty Suomessa terveydenhuoltolaissa (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 8§), jossa sanotaan, että tervey-

denhuollon on oltava hyviksi todettuihin hoito- ja toimintakäytäntöihin sekä näyttöön perustuvaa. Toiminnan tulee olla potilasturvallista, laadukasta sekä asianmukaisesti hoidettua.

Tiedon harkittu käyttö tarkoittaa sitä, että hoitohenkilökunta arvioi tiedossaan olevien hoitokäytänteiden hyötyjä ja haittoja jokaisen potilaan kohdalla erikseen huomioiden oman kliinisen osaamisensa sekä tiedon potilaan tilanteesta ja toimintayksikön voimavaroista. Edellä mainittuja tietolähteitä hyödyntäen hoitohenkilökunta ja potilas suunnittelevat yhdessä potilaalle parhaimman hoitotavan. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2016.)

3.2 Hoitajan muutoksen tunne ja sen tukeminen

Muutos käsitteenä tarkoittaa sitä, että jokin asia muuttuu uudempaan ja asiat tehdään eri tavalla kuin ennen. Muutosprosessissa on omaksuttava uusia tapoja toimia ja osattava luopua vanhoista tavoista joko kokonaan tai osittain. Muutos nähdään psykologisena prosessina, jossa on kolme eri vaihetta. 1) Ihmisen on luovuttava vanhasta toimintatavasta ja siihen liittyvästä identiteetistä. Muutosvastarinta näkyy juuri tässä vaiheessa. 2) Ihminen kulkee neutraalin vyöhykkeen läpi, jossa pikkuhiljaa luovutaan vanhoista toiminta- ja ajattelutavoista ja aletaan vähitellen sisäistää uutta. 3) Koko muutosprosessi alkaa vanhan päättymisellä ja päättyy uuden alkamisella. Tässä vaiheessa ajatusmaailma on uudessa ja tulevaisuutta suunnitellaan uuden ajatusmaailman pohjalta. (Jalava 2001, 132–133.) Muutos koetaan usein kokijasta riippuen uhkana tai huonona kehityksenä, menetyksenä, mahdollisuutena tai odotettuna ja toivottuna asiana (Jalava 2001, 132–133, 136).

Muutos on myös osa terveydenhuollon organisaatioita. Menestyäkseen organisaatioiden tulee osata vastata asiakkaiden tarpeisiin muuttamalla henkilökunnan osaaminen palveluiksi ja tuotteiksi asiakkaille. Julkisen terveydenhuollon kilpailu on vaikuttanut terveydenhuollon eri organisaatioihin niin, että niiden tulee menestyäkseen kehittyä jatkuvasti ympäristön ja asiakkaiden tarpeiden mukaan. (Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012, 80.)

Aiemmat kokemukset muutoksesta ovat kaikille erilaisia. Erilaiset kokemukset siitä vaikuttavat uuden muutoksen kohtaamiseen. Positiiviset kokemukset edesauttavat uuden muutoksen hyväksymisessä paremmin kuin negatiiviset kokemukset. (Ilmarinen 2016, 7.) Muutos herättää erilaisia tunteita, siksi muutoksen keskellä on tärkeää antaa riittävästi

aikaa tunteiden käsittelyyn. Tämä vaatii yleensä kärsivällisyyttä esimieheltä. (Ilmarinen 2016, 16–17.) Muutos uhkana voidaan kokea pelkona työpaikan menettämisestä, pelkona työyhteisön hajoamisesta, turvattomuuden tunteena sekä yleisenä negatiivisena asenteen muutoksena. Muutos mahdollisuutena nähdään positiivisena haasteena, työyhteisön yhteisenä kehittämisprosessina sekä työkyvyn ylläpitämisenä. (Laaksonen ym. 2012, 82–83, 88–89.)

Muutoksen tukemisessa tärkeässä roolissa on esimies, joka vie muutosta eteenpäin työyhteisössä. Hän kuuntelee, kannustaa, luo uskoa ja näyttää suuntaa tulevaisuuteen muutoksen jälkeen. Esimiehen tehtävä on auttaa työyhteisön jäseniä ymmärtämään muutoksen tarkoitus sekä sen merkitys oman työn toiminnan kannalta. Edistävän muutoksen toteutumisen kannustamisen lisäksi esimiesten tulee huomioida työyhteisön henkilöstön työhyvinvointi koko muutoksen aikana. (Ilmarinen 2016, 16–17.)

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö on yksi vaihtoehto ammattikorkeakoulun opinnäytetyön metodeista. Siinä pyritään käytännön toiminnan ohjeistamiseen, opastamiseen, toiminnan järjestämiseen tai järjeistämiseen ammatillisessa kentässä. Opinnäytetyön tulisi perustua työelämälähtöisyyteen sekä olla käytännönläheinen. Opinnäytetyö toteutetaan tutkimuksellisin menetelmin ja se vaatii alan tietojen sekä taitojen hallintaa. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9–10.)

Toiminnallisen opinnäytetyön tuotos voi olla esimerkiksi ohje, ohjeistus tai opastus, kuten esimerkiksi perehdyttämisosas. Toteutustapana toiminnallisessa opinnäytetyössä voi olla esimerkiksi kirja, kansio, opas, kotisivut tai johonkin tilaan järjestetty tapahtuma. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9–10.) Toisin sanoen toiminnallisessa opinnäytetyössä pyritään luomaan tuotos tai toiminta, joka selkeyttää toimia käytännössä. Tästä opinnäytetyöstä tekee toiminnallisen se, että opinnäytetyö on käytännönläheinen sekä perustuu työelämälähtöisyyteen. Tässä opinnäytetyössä luodaan tuotos eli luento sekä toiminta eli kliininen harjoitus, jotka yhdessä selkeyttävät työelämän käytännön toimia.

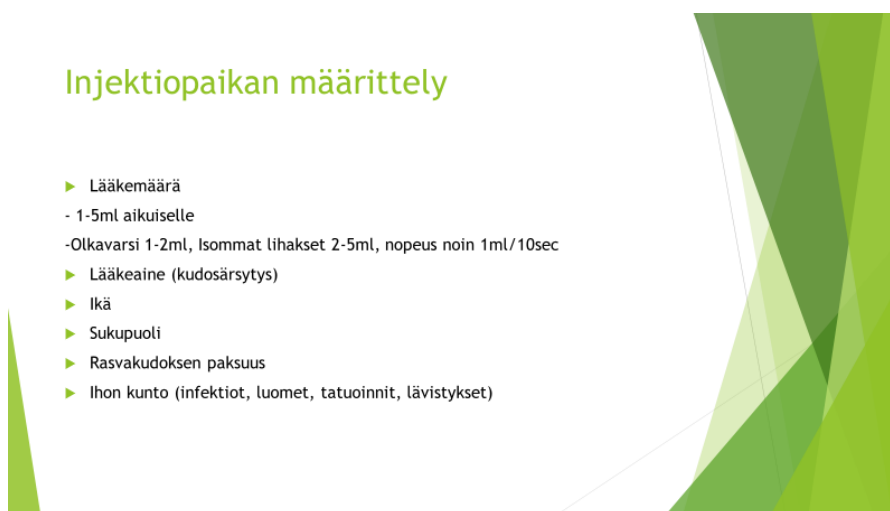
4.2 Luennon ja käytännön harjoituksen suunnittelu ja toteuttaminen

Luennot ja kliiniset harjoittelut toteutettiin terveyskeskussairaalan henkilökunnalle. Osastonhoitajan kanssa sovittiin, että luentopäiviä pidetään kolmena eri ajankohtana, jotta kaikki osastolla työskentelevät hoitajat pääsisivät osallistumaan ja ryhmäkoot pysyisivät pieninä. Osasto tarjosi tilat sekä tarvittavat välineet, kuten esimerkiksi neulat ja ruis-
kut sekä tyhjän potilashuoneen, luennon pitämiseen ja kliiniseen harjoitteluun. Luentopäivät toteutuivat marras-joulukuussa 2016 ja niihin osallistui osastolla työskenteleviä lähi- ja sairaanhoitajia.

4.2.1 Luennon suunnittelu ja toteutus

Jokainen luento on erilainen kokonaisuus, joka tehdään jokaista kohderyhmää varten, ja se on aina kertakäyttöinen (Pelkonen 1995, 19). Tästä syystä osaston henkilökunnalle päätettiin järjestää alustava kysely (liite 1). Kyselyssä kysyttiin hoitajien tietoja ja taitoja lihasinjektioista, niiden paikantamisesta sekä pistämisestä. Vastauksista kävi ilmi, että henkilökunta osaa injektiotekniikan, mutta lihasinjektioita tulee osastolla harvoin. Tästä syystä suurin osa vastasi käyttävänsä dorsogluteaalista lihasinjektiota, vain koska sen osaa varmimmin.

Luennon tarkoituksena on esittää yhteinen esitys käsiteltävästä aiheesta. Jotta luennosta tulisi sujuva, puhujan tulee osata esittää aiheensa täydellisesti. Tällöin luennoitsija pystyy järjestämään ajatuksensa ja muodostamaan esityksestä onnistuvan kokonaisuuden. Puhuja laatii kokonaissuunnitelman ideoistaan, jotta hän pystyy hahmottelemaan järjestyksen, miten esittelee ajatuksensa. (Pelkonen 1995, 19.) Luento ei ole vain kirjoista lainattua tietoa, vaan puhuja rakentaa luentonsa omien tutkimusten perusteella. Se perustuu myös hänen ajatteluunsa ja päätelmiinsä. (Eskola 1995, 81; Markkanen 2002, 19.) Opinnäytetyön luento toteutettiin Power Point –esityksenä, koska luennoitsijoiden oli sen avulla helppo esittää asiansa selkeästi ja ymmärrettävästi. Sisältö rakentui henkilökunnan kyselyn tuloksista, jotka määrittivät, kuinka tarkkaan mitäkin lihasinjektioihin liittyvää aihealuetta käsiteltiin. Esityksen diat olivat selkeitä ja hyvin tiiviitä. Luennoitsijat avasivat dioja kuuntelijoille tarkemmin kertomalla (kuva 7). Siten luennoitsijat eivät vain lukeneet esitystä suoraan dioista kuuntelijoille.



KUVA 7. Esimerkki luennon diasta. (Kovanen & Ukkonen 2017)

Kuulijat ovat tärkeimmässä osassa luentoa suunniteltaessa (Pelkonen 1995, 19). Puhujan tulee ennen esitystä, selvittää kenelle puhuu, pohtia mitä kuulijat odottavat esitykseltä, harkita mikä asia esityksessä on tärkeää ja muistaa luennossa esitellä asioita, eikä itseään. Luennossa on tärkeää pysyä olennaisissa asioissa ja välttää yksityiskohtien esittämistä, mutta samalla säilyttää punainen lanka. Esityksessä tulisi ylläpitää kuulijoiden mielenkiintoa erilaisilla esitystavoilla (Pelkonen 1995, 19). Tästä syystä luennosta pyrittiin saamaan mahdollisimman motivoiva ammattihenkilöille. Luento päätettiin laittaa herättäviä kysymyksiä esityksen sisälle (kuva 8), jotta saataisiin dialogia kuuntelijoiden ja luennoitsijoiden välillä. Esitykseen lisättiin lisäksi kuvia ventrogluteaalisesta injektioalueesta (kuva 9). Kuvista käy ilmi konkreettisemmin injektioalueen paikantaminen, Z-tekniikan käyttö sekä injektioneulan asento.

Kysymys: Mitä huomioit injektioneulan valinnassa?

KUVA 8. Herättävä kysymys –dia. (Kovanen & Ukkonen 2017)



Ukkonen, 2016



Ukkonen, 2016

- 1. Etsitään suoliluun yläetukärki (1), suoliluunharjanne (2) ja Isosarvennoinen (3).
- Palpointi !

KUVA 9. Esimerkki luennon esityksen sisältämistä kuvista dioissa. (Kovanen & Ukkonen 2017)

Luento voi olla yhdensuuntaista luennointia, jolloin luennoitsija puhuu ja yleisö kuuntelee. Luennointi on hyvä jaksottaa siten, että kuuntelijoilla on mahdollisuus aktivoitua käsittelemään kuulemaansa, sillä jo 15–25 minuutin yhdensuuntaisen luennon jälkeen kuuntelijoiden tarkkaavaisuus alkaa laskea. Kuuntelijoiden aktivoimiseen luennon aikana on monenlaisia oppimista edistäviä elementtejä. (Mykrä & Hätönen 2008, 25.)

Luennon tavoitteena on saada kuuntelija pohtimaan ja laajentamaan tietoaan luennon aiheesta. Luennoitsijan tehtävänä on tukea ja kannustaa kuuntelijaa pohtimaan opittuja asioita sekä antaa riittävästi aikaa asioiden sisäistämiseen. Siten kuuntelija ei ole ainoastaan vain kuuntelija, vaan myös opitun tiedon aktiivinen käsittelijä. (Mykrä & Hätönen 2008, 25.) Luennoitsijat pyrkivät esittämään asiat henkilökunnalle rauhassa ja jättivät herättävien kysymyksien väliin riittävästi aikaa, jotta kuulijat saivat pohtia ja sisäistää kuulemaansa. Esityksen kestoksi suunniteltiin noin puoli tuntia, jotta henkilökunta kuuntelisi sen mielenkiinnolla loppuun asti.

Toteutus

Ensimmäisenä päivänä luennolle saapui noin kahdeksan hoitajaa. Esityksen lyhyesti esitetyt faktat pystyttiin hyvin avaamaan kuuntelijoille. Luennoitsijat pyrkivät puhumaan rauhallisesti ja hitaasti, jotta kuuntelijoilla oli aikaa sisäistää kuulemaansa. Esitykseen suunnitellut välikysymykset tuottivat toivottua vähemmän keskustelua. Hoitajat eivät vastanneet ollenkaan tai hyvin niukasti, jolloin jouduttiin esittämään lisäkysymyksiä. Koska luento pidettiin hoitajien työaikana, potilaskellojen soiminen pakotti hoitajia poistumaan kesken esityksen vastaamaan kelloihin. Tämä liikehdintä ei kuitenkaan keskeyttänyt luennon kulkua. Kokonaisuudessaan luento kesti noin 20 minuuttia, joka oli kymmenen minuuttia vähemmän kuin oli suunniteltu. Kestoon vaikutti muun muassa hoitajien passiivisuus välikysymyksiin vastaamisessa. Luennon lopuksi hoitajille kerrottiin, mitä kliinisessä harjoittelussa tehdään sekä ohjeistettiin heitä saapumaan harjoittelutilaan pareittain tai kolmen hengen ryhmissä. Samalla mainittiin mahdollisuudesta päästä pistämään konkreettisesti. Tämä herätti heti hoitajissa keskustelua ja pientä pelkoa saapua kliiniseen harjoitteluun.

Toisena päivänä luennon sisältöön ei korjauksia tai muutoksia tehty, sillä ensimmäisen päivän esitys oli onnistunut. Esitys sujui paremmin, sillä edellisen kerran pieni jännitys

oli rauennut ja toimintaympäristö oli ennestään jo tuttu. Esityksen välikysymyksiin vastattiin toisena päivänä vielä huonommin kuin ensimmäisenä. Kysymyksiä jatkettiin lisäkysymyksillä mahdollisen epäselvyyden vuoksi, mutta siitä huolimattakaan henkilökunta ei vastannut ja keskustellut kysymysten aiheesta. Toisen päivän luento kesti noin 20 minuuttia ja siihen osallistui kymmenen hoitajaa.

Kolmantena ja viimeisenä päivänä luennon sisältö pidettiin ennallaan ja esiteltiin hoitajille, kuten aikaisemmilla kerroilla. Esityksen kysymyksiin vastattiin kuitenkin paremmin kuin aikaisemmillä kerroilla. Lisäksi hoitajat kyselivät myös omia tarkentavia kysymyksiä esityksen aikana ja näin saatiin muodostettua hyvää pohtivaa keskustelua aiheeseen liittyen. Viimeisen päivän luento kesti 30 minuuttia ja osallistuneita hoitajia oli kymmenen.

4.2.2 Käytännön harjoituksen suunnittelu ja toteutus

Ohjaus on käsite, joka on suuressa roolissa hoitotyössä. Se on osa ammatillista toimintaa, opetus- sekä hoitoprosessia. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.) Hoitotyössä ohjauksen tunnistaminen on vaikeaa, koska ohjauksesta käytetään paljon erilaisia käsitteitä ja usein epäselvästi. Ohjaus-käsitteen sijaan on käytetty muun muassa neuvontaa, koulutusta, kasvatusta, valmennusta, tiedon antamista sekä opetusta. Näillä käsitteillä on kuitenkin kaikilla eri merkitys. (Kääriäinen & Kyngäs 2006; Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25.) Ohjausmenetelmiä voidaan suunnitella sen mukaiseksi, mikä on kuuntelijan oppimistyyli (Kääriäinen & Kyngäs 2006).

Luennon lisäksi suunniteltiin kliininen harjoittelu, jossa osaston henkilökunnalle ohjattiin ventrogluteaalisen injektioalueen paikantaminen käytännössä. Kliininen harjoittelu päätettiin toteuttaa pienissä kahden tai kolmen hengen ryhmissä, jotta kaikki saisivat henkilökohtaista opastusta ja ohjaamistilanne pysyisi rauhallisena. Kliininen harjoittelu suunniteltiin niin, että osaston hoitajat pääsivät harjoittelemaan ventrogluteaalisen injektioalueen paikantamista toisiltaan. Harjoittelu eteni niin, että yksi hoitajista pyydettiin ensin käymään makuulle potilasvuoteelle ja paljastamaan injektioipaikka laskemalla housujaan. Sen jälkeen toiselle hoitajista näytettiin henkilökohtaisesti ventrogluteaalisen injektioipaikan paikantaminen sekä Z-tekniikka. Jokainen hoitaja pääsi olemaan injektioipaikan anatomisena mallina sekä harjoittelijana. Lisäksi harjoitteluun suunniteltiin mahdollisuus

konkreettiseen injektioon pistämiseen. Tähän tarvittiin kuitenkin henkilö, jolle injektio olisi pistetty, eli toinen henkilökunnasta. Myös ohjaajat suostuivat olemaan pistettävänä.

Ohjaustilanteen onnistumiseen vaikuttavat mahdolliset ympäristön häiriötekijät ja esteet. Ohjaustilanne tulee sijoittua paikkaan, jossa asiaan voidaan keskittyä ilman keskeytystä. Myös kaikki ohjaukseen tarvittava materiaali tulisi olla lähettyvillä, jotta ohjaustilanne sujuisi mutkattomasti. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.) Kliiniseen harjoitteluun varattiin tyhjä potilashuone, jossa henkilökunta pääsi rauhassa harjoittelemaan injektioapaikan paikannusta. Samaan tilaan oli varattu valmiiksi potilassänky sekä injektion antamiseen tarvittavat välineet.

Ohjaus pohjautuu suurimmaksi osaksi vuorovaikutukseen ja ohjaamiseen. Onnistuneeseen ohjaukseen vaaditaan toisen ihmisen kokemuksen kunnioittamista sekä arvostamista. Kunnioitus näkyy muun muassa siinä, miten ohjaaja toimii ja mitä hän sanoo, että hän osoittaa kuuntelevansa. Ohjaajan kehon kieli, eleet ja nyökkäykset varmistavat, että kuulija kokee tulewansa kuulluksi. Kuuntelemisen avulla ohjaaja kykenee esittämään kysymyksiä, joiden avulla tämä pyrkii selkiyttämään toisen puheen sisältöä ja avaamaan aiheen kaikille selkeästi. On myös tärkeää antaa aikaa kysymysten vastaamiseen ja siksi kysymykset kannattaa esittää yksi kerrallaan. (Verkko-hanke 2011, 4, 6.) Kliiniseen harjoitteluun varattiin 45 minuuttia aikaa, jotta sitä olisi riittävästi jokaisen hoitajan ohjaamiseen sekä heidän kysymyksilleen. Jokaisen mielipiteitä kunnioitettiin ja kysymyksiin vastattiin asiallisesti.

Onnistuneen vuorovaikutuksen edellytyksiin kuuluu myös kiinnostus toista ihmistä kohtaan, asiallisuus sekä kyky ilmaista selkeästi asiansa. Havainnointikyky sekä kuuntelutaidot ovat oleellinen osa onnistunutta vuorovaikutustilannetta. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 25.) Kunnioitusta on myös kaikkien ohjaukseen osallistuvien vaitiolovelvollisuus. (Verkko-hanke 2011, 6.) On tärkeää huomioida ohjattavan osapuolen odotukset sekä toiveet, jotta oman käytöksen voi asettaa sen mukaiseksi. Tällä tavoin voidaan mahdollistaa onnistunut vuorovaikutus. (Lipponen ym. 2006, 25.)

Haasteelliseksi vuorovaikutus- ja ohjaustilanteista tekee ohjaajan liiallinen puhuminen, yliempaattisuus, neuvominen liian varhain, omien näkemysten, kokemusten sekä mielipiteiden korostaminen sekä oletus ymmärtää liian nopeasti, mistä on kyse. (Verkko-hanke

2011, 6.) Ohjaustilanne suunniteltiin niin, että ohjaajat pyrkivät ohjaamaan henkilökuntaa rauhassa ja yksinkertaisilla ohjeilla. Ohjauksessa käytettiin apuna muun muassa luennon Power Point –esityksen kuvia.

Toteutus

Ensimmäisenä päivänä luennon jälkeen siirryttiin tyhjään potilashuoneeseen, jossa kliininen harjoittelu pidettiin. Hoitajat saapuivat pareittain harjoitteluun, niin kuin oli toivottu. Harjoittelutilanne oli rauhallinen ja hoitajat pääsivät esittämään kysymyksiä sekä pohtimaan ääneen paikantamiseen liittyviä asioita. Kaikille hoitajille oli ennestään tuttu V-kirjaimen avulla muodostettu pistopaikka, jossa käytettiin hoitajan omaa kättä paikantamisen apuna, mutta suurin osa kertoi kokevansa epävarmuutta sen käytössä. He sanoivat, että V-kirjain tekniikkaa käyttäessä injektioaikan paikantaminen on vaikeaa, koska se tuntuu jäävän hyvin pieneksi. Hoitajat olivat kiinnostuneita tavasta, jossa käytettiin potilaan anatomisia maamerkkejä hyödyksi injektioaikan paikantamisessa. Hoitajat etsivät palpoiden toisiltaan oikean injektioaikan, mutta kukaan ei halunnut pistää tai olla pistettävänä. He ainoastaan halusivat kuiva-harjoitella tyhjää ruiskua apuna käyttäen pistotekniikkaa. Hoitajille näytettiin Z-tekniikka, jossa käden sivusyrjällä pingotetaan ihoa ja sormilla tuetaan ruiskua aspiroinnin yhteydessä. Useat hoitajat kokivat tämän helpommaksi ja vakaammaksi tavaksi pitää ruiskua paikallaan, kuin mitä he olivat aikaisemmin työssään käyttäneet. Kliininen harjoittelu kesti ensimmäisellä kerralla noin 40 minuuttia. Päivän lopuksi jokaiselle hoitajalle jaettiin palautelomake, jossa he saivat antaa palautetta luennosta sekä kliinisestä harjoittelusta.

Niin kuin ensimmäisellä kerralla, myös toisena päivänä hoitajia pyydettiin saapumaan kliiniseen harjoitteluun pareittain. Pyynnöstä huolimatta, kaikki hoitajat tulivat harjoitukseen samaan aikaan. He halusivat tulla katsomaan harjoittelua vierestä, ennen omaa vuoroaan. Harjoittelutilanne muuttui tästä syystä ohjaajien mielestä levottomaksi ja hoitajille oli vaikeaa antaa henkilökohtaista opastusta, sillä huoneessa oli heitä liian monta. Hoitajat esittivät paljon kysymyksiä, osittain samaan aikaan, ja siksi jokaiseen kysymykseen oli hankala ehtiä vastata rauhassa. Osa hoitajista lähti huomaamatta pois huoneesta kesken harjoittelun, tästä syystä myös palautelomakkeiden jakaminen kaikille oli hankalaa. Toisenakaan päivänä kukaan hoitajista ei halunnut pistää vaan he halusivat vain harjoitella ilman injektioneulaa.

Viimeisen päivän kliinisessä harjoittelussa otettiin huomioon edellisen kerran ongelmat ja hoitajille painotettiin pareittain tai kolmen hengen ryhmissä saapumisen tärkeyttä. Pyyntöä noudatettiin hyvin ja harjoittelu tilanne pysyi rauhallisena, niin kuin ensimmäisenäkin päivänä. Harjoitteluun osallistuneet hoitajat toivat julki omia epäileviä ajatuksiaan ventrogluteaalisesta injeksiopaikasta. He esittivät todella hyviä pohtivia kysymyksiä, kuten esimerkiksi, miten ventrogluteaalisessa injeksiopaikassa on enemmän lihaskudosta sekä kuinka helposti injektioneulan voi saada osumaan luuhun, jos pistää injektioneulan liian syvään. Ohjaajat pääsivät perustelemaan tarkasti hoitajille uuden tiedon paikkaansa pitävyyttä. Kukaan hoitajista ei viimeiselläkään harjoituskerralla halunnut pistää tai olla pistettävänä.

4.3 Arviointi

Luentoa suunnitellessa, siitä haluttiin saada mielenkiintoinen ja mieluisa kuunnella. Tiedettiin, että perinteinen luento, jossa luennoitsija puhuu ja muut kuuntelevat, olisi raskas kuunnella. Muilta opiskelijoilta sekä harjoittelupaikkojen sairaanhoitajilta kysyttiin kokemuksia hyvästä luennosta sekä etsittiin teoreettista tietoa. Siten päädyttiin toteuttamaan ensin alustava kysely osaston henkilökunnalle. Tämä osoittautui hyväksi suunnitelmaksi. Kysely oli tärkeä luennon onnistumisen kannalta sillä, sen avulla saatiin luotua henkilökunnan tarpeisiin sopiva luento. Sen vastausten avulla pystyttiin myös suunnittelemaan kliinistä harjoittelua. Kyselyn toteutus onnistui hyvin. Se järjestettiin kahden viikon aikana ja hoitajilla oli mahdollisuus vastata siihen sähköisesti sekä paperilla. Siten varmistettiin, että mahdollisimman moni vastasi siihen ja haluamallaan tavalla. Kyselylomakkeen (liite 1) kysymykset olivat yksinkertaisia ja ymmärrettäviä. Kyselyyn vastasi vain 16 osastolla työskentelevää hoitajaa. Vastaukset olivat kuitenkin lähes samoja, joten sen perusteella pystyttiin arvioimaan koko osaston tarve samanlaiseksi.

Luennon suunnittelu oli aluksi haasteellista, sillä oli vaikea löytää tapa, miten motivoida henkilökuntaa käyttämään ventrogluteaalista lihasinjektiotapaa. Luennossa esille tuotu näyttöön perustuva tieto ventrogluteaalisen lihasinjektion hyödyistä, herätti hoitajien mielenkiinnon aiheesta. Luennon Power Point –esityksen diat olivat yksinkertaisia ja selkeitä. Esityksen sisältämät herättävät kysymykset eivät olleet tarpeeksi herättäviä tai ym-

märrettiin eri tavalla, sillä kysymyksistä ei juurikaan saatu toivottua keskustelua aikaiseksi. Kuvista käy ilmi anatomiset maamerkit sekä injektiotekniikka hyvin. Injektio-alue merkittiin kuviin pienellä punaisella pisteellä, tämän olisi voinut tehdä hieman näkyvämmäksi. Luennon diat suunniteltiin myös niin, että henkilökunta voi käyttää niitä apuna osastolla työskennellessään.

Kliininen harjoittelu oli luonnollinen jatko luennolle, sillä sieltä saatu teorian tieto näkyi harjoittelussa käytännössä. Rauhallinen harjoitustuokio henkilökohtaisesti jokaisen hoitajan kanssa oli positiivinen kokemus. Ohjaaminen tuntui alussa takkuavan, mutta nopeasti siitä tuli säännöllistä ja luonnollisen tuntuista. Hoitajien käyttäminen harjoitustilanteissa anatomisina malleina toisilleen oli hyvä idea, sillä siten he pääsivät näkemään anatomisesti erilaisia malleja heti useampia. Kuitenkin intimiteetti saattoi joidenkin hoitajien kohdalla rikkoutua työkollegan nähden ja siksi sitä olisi pitänyt pohtia tarkemmin kliinistä harjoittelua suunniteltaessa. Esityksen kuvien käyttö oli hyvä idea, sillä niiden avulla pystyttiin havainnollistamaan hoitajille injektioalue paremmin ja he pääsivät itse tutkimaan kuvia tarkemmin lähempää. Vaikka kliiniseen harjoitteluun oli suunniteltu mahdollisuus injektion pistämiseen, ei kukaan hoitajista sitä kuitenkaan halunnut tehdä. Ketään ei kuitenkaan voinut pakottaa pistämään tai olemaan pistettävänä, joten sitä päätöstä kunnioitettiin. Hoitajat saattoivat pelästyä sitä, että joutuisivat pistämään työkollegoiden sekä ohjaajien katsoessa vierestä. Ohjaustilanteiden virheistä ja ongelmista otettiin oppia ja pyrittiin korjaamaan ne aina seuraavaan luentopäivään. Kliininen harjoittelu oli kokonaisuudessaan erittäin onnistunut, sillä lähes jokainen hoitaja koki saaneensa varmuutta pistää potilasta jatkossa ventrogluteaalisesti.

Hoitajilta saatu palaute luennosta sekä kliinisestä harjoittelusta kertoo myös opinnäytetyön onnistumisesta. Jokaiselle hoitajalle annettiin palautelomake (liite 2). Lomakkeen avulla haluttiin saada selville luennon ja kliinisen harjoittelun onnistuminen, hyödyllisyys sekä hoitajien motivoituminen käyttämään ventrogluteaalista injektiopaikkaa omassa työssään käytännössä.

Kaikkien kolmen luentopäivän palautteet olivat todella positiivisia. Hoitajien mielestä luento oli onnistunut ja hyödyllinen. Palautelomakkeen avoimiin kysymyksiin vastattiin niukasti, joten perustelut, miksi luento oli onnistunut tai hyödyllinen, jäivät vajavaisiksi.

Muutamat vastaukset perustelivat luennon onnistumista siten, että se oli selkeä, täsmällinen, riittävän lyhyt ja yksinkertainen esitys. Luennon hyödyllisyyttä perusteltiin sillä, että ventrogluteaalinen lihasinjektio on asiana uusi ja, että aiheen kertaaminen on tärkeää.

Kliinisen harjoittelun osalta kirjallinen palaute oli myös positiivista. Harjoittelu onnistui hoitajien mielestä, koska se oli selkeä, opettavainen ja neuvot olivat hyviä. Palautelomakkeiden perusteella kliinisestä harjoittelusta oli hyötyä hoitajille, koska kertaus on aina hyväksi, viimeisimmästä injektiokoulutuksesta oli kulunut jo aikaa, pistämisen pelko väheni sekä hoitajat saivat itseluottamusta paikantaa ja pistää ventrogluteaaliselle injektio-alueelle. Harjoittelu koettiin hyödylliseksi myös, koska paikantaminen ja tekniikka opetettiin henkilökohtaisesti sekä hoitajat kokivat oppivansa parhaiten käytännössä.

Kaikki hoitajat olivat vastanneet palautelomakkeisiin, että he aikovat käyttää työssään luennoilla sekä kliinisessä harjoituksessa oppimaansa tietoa ja taitoa. Lisäksi lomakkeen lopussa oli tilaa vapaamuotoiseen palautteeseen. Hoitajat kiittelivät hyödyllisestä ja sopivan mittaisesta koulutuksesta. He olivat erityisen mielissään käytännön harjoittelusta, jossa saivat henkilökohtaista opastusta. Palautelomakkeiden lisäksi moni hoitajista antoi suullista palautetta jo kliinisen harjoittelun aikana. Suullinen palaute oli samanlaista kuin kirjallinen.

Opinnäytetyön tavoitteet ja tehtävät toteutuivat hyvin. Työssä käy ilmi lihaksensisäiset injektiopaikat sekä miten niitä voidaan toteuttaa potilasturvallisesti huomioiden muun muassa aseptiikan, injektiotekniikan ja injektiovälineiden valitsemisen. Luennosta pyrittiin saamaan ammattihenkilöä motivoiva kyselyn avulla, jotta luento sisältäisi vain henkilökunnan tarpeisiin liittyvää teoretietoa. Luennon sisällöstä pyrittiin tekemään teoretiedon pohjalta mahdollisimman motivoiva. Kliinisestä harjoittelusta pyrittiin tekemään henkilökuntaa motivoiva ja kunnioittava kyselyn, teoretiedon sekä osaston toiveiden mukaisesti. Tämä onnistui hyvin ja harjoittelusta tulikin paljon positiivista palautetta. Siten opinnäytetyön tavoite onnistui, sillä osaston henkilökunta sai tiedon uusimmista suositelluista lihasinjektioista sekä varmuutta paikantaa uusimman ventrogluteaalisen lihasinjektion.

5 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Sairaanhoitajan ammatillisen asiantuntijuuden osaamisalueisiin kuuluu lääkehoito, johon sisältyy muun muassa potilasturvallinen lääkehoito sekä sen toteutus (Luokkamäki 2015, 5, 14). Tämä tarkoittaa sitä, että hoitajan tulisi työssään käyttää uusinta näyttöön perustuvaa tietoa ja yleisesti suositeltuja menetelmiä. Uusimpien suositusten mukaan ventrogluteaalinen lihasinjektiopaikka on dorsogluteaalista potilasturvallisempi vaihtoehto. Käytännössä uusimman näyttöön perustuvan tiedon käyttäminen on kuitenkin jäänyt tutun ja turvalliseksi koetun tiedon varjoon, kuten esimerkiksi dorsogluteaalisen käyttö ventrogluteaalisen sijaan. Kouluissa opetetaan uutta, mutta käytännössä käytetään vanhaa. Se onkin ristiriita, joka tulisi muuttaa tulevaisuudessa niin, että terveydenhuollon koulutus ja käytäntö kulkisivat käsi kädessä.

Opinnäytetyön aihe tuli tutuksi opiskeluiden alussa, kun aiheesta saatiin teoriaopetusta luennoilla sekä, kun pistämistä opetettiin koulussa. Ventrogluteaalinen injektiopaikka jäi kuitenkin melko vieraaksi, sillä työharjoitteluissa ei saatu mahdollisuutta pistää potilaita kyseiseen injektiopaikkaan. Harjoittelun ohjaajat osasivat pistää potilaita dorsogluteaalisesti eivätkä tunteneet ventrogluteaalista injektiopaikkaa tarpeeksi hyvin, jotta olisivat voineet antaa pistää kyseisellä tavalla. Työharjoittelupaikoissa tiedettiin ventrogluteaalisesta injektiopaikasta ja toiset olivat saaneet siihen jopa jo koulutustakin, mutta käytännön kokemus puuttui ja siksi hoitajat turvautuivat yhä vanhaan ja tuttuun tapaan.

Aiheen valintaan vaikutti myös sen ajankohtaisuus sekä oma kiinnostus oppia ventrogluteaalinen injektio tekniikka, jotta kyseistä injektiopaikkaa voisi käyttää tulevassa ammatissa. Koimme, että tulevina sairaanhoitajina meidän tulee tuoda käytäntöön uusinta näyttöön perustuvaan tietoa lihasinjektioista, erityisesti ventrogluteaalisesta. Halusimme myös, että tulevaisuudessa opiskelijat eivät joutuisi tilanteeseen, jossa koulussa opetettua uusinta tietoa ja taitoa ei kuitenkaan pääsisi harjoitteluissa käyttämään. Koska suurimmassa osassa työharjoittelupaikoista tiedettiin jo ventrogluteaalisesta lihasinjektioista, halusimme tehdä jotakin sellaista, joka konkreettisesti auttaisi hoitajia, siksi päädyttiin toteuttamaan luento sekä kliininen harjoittelu.

Kokonaisuudessaan opinnäytetyön prosessi onnistui hyvin. Aluksi ajatuksena oli käsitellä vain ventrogluteaalista lihasinjeksiota, mutta koska se ei kuitenkaan ole ainoa lihasinjektiopaikka, päätettiin opinnäytetyössä mainita kaikki lihaksensisäiset injektiopaikat. Lihaksensisäiset injektiot ovat kuitenkin laaja kokonaisuus, jonka vuoksi aiheen tarkka raja-
 jaus oli vaikeaa. Opinnäytetyössä päätettiin tuoda esille kaikki potilasturvalliset lihaksensisäiset injektiot ja kertoa yleisesti lihaksensisäisiin injektioihin liittyvää teoretietoa, kuten esimerkiksi injektiotekniikkaa, mutta injektiopaikan paikantamisesta käsiteltiin tarkemmin vain ventrogluteaalista lihasinjeksiota. Potilasturvallisuus ja näyttöön perustuva hoitotyö valittiin teoreettisiin lähtökohtiin, sillä sairaanhoitajan työ pyrkii potilasturvallisuuteen näyttöön perustuvan hoitotyön avulla. Koska ventrogluteaalinen lihasinjektio on vielä murroksessa hoitotyön työyhteisöissä, hoitajan muutos ja sen tukeminen kuuluivat myös ehdottomasti opinnäytetyön yhdeksi käsitteeksi.

Haastavinta opinnäytetyön tekemisessä oli aiheen raja-
 jaus sekä luennon suunnitteleminen riittävän mielenkiintoiseksi. Aihe saatiin kuitenkin rajattua opinnäytetyöhön sopivaksi ja luennosta tuli tiivis ja kattava esitys osaston henkilökunnalle. Haastavaa oli myös pohtia hoitajien muutoksen tunnetta ja sitä, kuinka siihen tulisi luennoitsijana ja ohjaajana suhtautua oikein, jotta ei loukkaisi ketään.

Luennon sekä klinisen harjoittelun suunnittelu ja toteutus oli meille tuleville sairaanhoitajille uusi ja opettavainen kokemus. Pääsimme vahvistamaan omaa ammatillista osaamistamme lihasinjektioista ja opimme, miten uusinta tietoa etsitään ja pystytään käyttämään hyväksi omassa työssä. Saimme itsevarmuutta luennon pitämisestä sekä ohjaajan roolissa toimimisesta. Näistä on varmasti hyötyä tulevaisuudessa, kuten esimerkiksi opiskelijoiden ohjauksessa.

5.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusetiikka kulkee mukana koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimusetiikasta puhutaan, kun on sovittu pelisäännöt suhteessa kollegoihin, tutkimuskohteeseen, rahoittajiin, toimeksiantajiin ja yleisöön. Tutkijoiden tulee noudattaa koko prosessin ajan hyviä tieteellisiä käytänteitä. Hyviin tieteellisiin käytänteisiin kuuluu, että tutkijat noudattavat eettisesti kestäviä tiedonhankintamenetelmiä ja tutkimusmenetelmiä. Tämä tarkoittaa sitä,

että tutkijat käyttävät tutkimuksessaan tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä, jotka tiedeyhteisö on hyväksynyt. Tutkijan tulee noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä ja tutkimustulosten esittämisessä sekä olla rehellinen toisia tutkijoita kohtaan. Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää, että tutkimus suunnitellaan, toteutetaan ja raportoidaan mahdollisimman hyvin. (Vilka 2015.)

Opinnäytetyö on ajankohtainen ja työelämälähtöinen, koska se on suunniteltu yhdessä terveystieteiden osastonhoitajan kanssa. Työssä noudatettiin salassapitovelvollisuutta, jonka mukaan sivullisille ei saa luovuttaa mitään tietoa asianosaisesta (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/1994, 17§). Tällaista toimintaa on esimerkiksi kyselyn tuloksien käyttö vain opinnäytetyön osapuolien tietoon. Kyselyn tuloksia käytettiin opinnäytetyössä rehellisesti eikä vastauksia vääristelty. Opinnäytetyön kysely, luento ja kliininen harjoittelu toteutettiin tasa-arvoisesti ja henkilökuntaa kunnioittaen. Opinnäytetyön luotettavuudesta ja eettisyydestä kertoo se, että työlle hankittiin kaikki viralliset luvat sen toteuttamiseen. Luotettavuutta ja eettisyyttä lisää myös se, että osaston henkilökunnalle tehty luento oli kyselyn vastausten perusteella koottu, joten se oli juuri heidän tarpeisiin sopiva.

Opinnäytetyön prosessissa pyrittiin hyvään vuorovaikutussuhteeseen työelämänyhteyden kanssa. Heihin oltiin yhteydessä opinnäytetyön prosessin aikana kertoen toteutuksen suunnitelmasta sekä pitämällä heidät ajan tasalla työn edistymisestä. Työelämäyhteyttä kunnioitettiin antamalla heille valtuuksia päättää paras ajankohta luennolle sekä kliiniseen harjoittelulle. Osastolla ollessa toimittiin osaston sääntöjen mukaan. Opinnäytetyön luennossa olleet kuvat olivat opinnäytetyön tekijöiden omia. Muista lähteistä käytetyt kuvat arvioitiin kriittisesti ennen niiden tuontia henkilökunnan näyttöön. Opinnäytetyössä käytetyt lähteet ovat selkeästi ilmaistuja sekä arvioitu luotettaviksi. Lähteiden käytössä on hyödynnetty suomalaisia sekä kansainvälisiä lähteitä, jotka myös lisäävät opinnäytetyön luotettavuutta.

Kliinisissä harjoitteluissa noudatettiin eettisyyttä toimimalla aseptisesti oikein, luomalla harjoittelutilasta mahdollisimman yksityinen, jotta hoitajat saivat rauhassa harjoitella ventrogluteaalisen injektioapaikan paikantamista. Opinnäytetyötä tehdessä ymmärrettiin, että jokainen hoitaja on erilainen ja jokainen käsittelee muutoksen omalla tavallaan. Toiset hoitajat omaksuvat uudet asiat helpommin ja nopeammin kuin toiset. Osalle henkilökunnasta uusi lihasinjektiopaikka oli vielä niin uusi, että muutosprosessi heidän suhteen

oli vasta alussa. Henkilökuntaa kunnioitettiin kuuntelemalla jokaisen henkilön mielipidettä sekä arvostamalla heidän ajatuksiaan asiasta.

Opinnäytetyön luotettavuutta lisää se, että luennon sekä klinisen harjoittelun jälkeen annoimme jokaiselle palautelomakkeen, jonka tarkoituksena oli arvioida luennon sekä klinisen harjoittelun onnistumista. Palautteiden perusteella luento sekä klininen harjoittelu oli ollut juuri henkilökunnan tarpeiden mukainen. Palautelomakkeiden kaikkiin kysymyksiin ei kuitenkaan vastattu täydellisesti, joten tästä syystä palautteiden perustelut jäivät vajavaisiksi.

5.2 Kehittämis- ja jatkotutkimusehdotukset

Kehittämisehdotuksena on, että osaston henkilökuntaa koulutettaisiin säännöllisesti, jotta voidaan varmistaa heidän osaaminen ventrogluteaalisen injektion pistämisessä. Henkilökunta kertoi myös lihasinjektioiden määrän olevan vähäistä osastolla. Tästä syystä on tärkeä pitää säännöllisiä käytännön koulutustilaisuuksia, joilla ylläpidetään heidän osaamistaan pistää potilaita lihaksensisäisesti uusimpiin suositeltuihin lihasinjektio paikkoihin.

Jatkotutkimuksena voisi selvittää, kuinka hyvin ventrogluteaalinen lihasinjektio on otettu käyttöön kyseisellä osastolla sekä kuinka henkilökunta suhtautuu kyseiseen lihasinjektioon luennon ja klinisen harjoittelun jälkeen. Mielestämme on tärkeää, että sairaanhoitaja hallitsee potilasturvallisen lihaksensisäisen injektion ja toimii uusimpien suositusten mukaisesti työssään.

LÄHTEET

- Burbridge, B. 2007. Computed Tomographic Measurement of Gluteal Subcutaneous Fat Thickness in Reference to Failure of Gluteal Intramuscular Injections. *Canadian Association of Radiologists Journal* 58 (2), 72–75.
- Carter, H. & McCoy, T.T. 2008. Are we on the same page?: A comparison of intramuscular injection explanation in nursing fundamental texts. *Medsurg Nursing*, 4 (17), 237–240.
- Chrisman, J., Jordan, R., Davis, C. & Williams, W. 2014. Exploring evidence-based practice research. *Nursing made incredibly easy* 7/2014, 8–12.
- Cocoman, A. & Murray, J. 2008. Intramuscular injections: a review of best practice for mental health nurse. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 15, 424–434.
- Cook, I.F. & Murtagh, J. 2006. Ventrogluteal area- A suitable site for intramuscular vaccination of infants and toddlers. *Vaccine* 24, 2403–2408.
- Dilek, K. Derya, U. & Dilek, K. 2015. Using Ventrogluteal site in intramuscular injections is a priority or an alternative. *International Journal of caring sciences* 8 (2), 507–513.
- Eskola, J 1995. Essee, lukupiiri, luentopäiväkirja, arvioiva selostus– kokemuksia vaihtoehtoisista opiskelu- ja suoritustavoista. Teoksessa Hakkarainen, P. & Lestinen, L. (Toim.) *Kokeilemalla laatua opettamiseen*. Kasvatustieteiden tutkimuslaitos. Jyväskylä
- Floyd, S. & Meyer, A. 2007. Intramuscular Injections-What's best practice? *Kai Tiaki Nursing New Zealand* 13 (6), 20–22.
- Gittens, G. & Bunnell, T. 2009. Skin disinfection and its efficacy before administering injections. *Nursing Standard* 23 (39), 42–44.
- Greenway, K. 2004. Using the ventrogluteal site for intramuscular injection. *Nursing standard*. 18 (25), 39–42.
- Greenway, K., Merriman, C. & Statham, D. 2006. Using the ventrogluteal site for intramuscular injections. *Learning Disability Practice*. 9 (8), 34–37.
- Hain, D. & Kear, T. 2015. Using Evidence-Based Practice to Move Beyond Doing Things the Way We Have Always Done Them. *Nephrology Nursing Journal*. 42 (1), 11–21.
- Hoitotyön tutkimussäätiö. 2016. Näyttöön perustuva toiminta. Luettu 03.05.2016. <http://www.hotus.fi/hotus-fi/nayttoon-perustuva-toiminta>
- Hopkins, U. & Arias, C. 2013. Large-volume IM injections: A review of best practice. *Oncology Nurse Advisor* 1/2013, 32–37.
- Hunter, J. 2008. Intramuscular injection techniques. *Nursing Standard* 22 (24), 35–40.

Ilmarinen. 2016. Onnistunut muutos- Tukea onnistuneen muutoksen suunnitteluun ja läpiviintiin. Luettu 09.12.2016. <https://www.ilmarinen.fi/siteassets/liitepankki/tyohyvinvointi/opas-onnistunut-muutos.pdf>

Jalava, J. 2001. Esimiestyö- valmentaminen ja uudistuminen. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Kaila, M, Niemi-Murola, L. & Kauppi, P. 2014. Näyttöön ja Osaamisen kehittämiseen perustuvaa potilasturvallisuutta. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. 130 (17) 1739.

Karttunen, M. 2012a. Lihaksensisäinen injektio vatsanpuoleiselle pakaralihasalueelle. Sairaanhoitaja. 85 (3), 48–49.

Karttunen, M. 2012b. Lihaksensisäinen injektio ventrogluteaalisesti näyttöön perustuen. Spirium 47 (2).

Karttunen, M. & Perälä, M. 2012. Hallitsetko oikean injektiotekniikan. Ventrogluteaalisen injektioalueen paikantaminen on helppoa. Terveystieteiden (3), 24–25.

Kovanen, L. & Ukkonen, I. 2017. Luennon diat. Tampere.

Käypä hoito. 2016. Käypä hoito. Luettu 9.12.2016. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/kaypa-hoito>

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. 1. painos. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kääriäinen, M. & Kyngäs H. 2006. Ohjaus-tuttu, mutta epäselvä käsite. Luettu 16.3.2017. <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/ohjaus-tuttu-mutta-epaselva-kasite/>

Laaksonen, H., Niskanen, J. & Ollila, S. 2012. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä. 28.6.1994/559

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyön soveltuvat ohjausmallit.

Luokkamäki, S. 2015. Sairaanhoitajien lääkehoidon osaaminen. Terveystieteiden opettajan koulutus. Itä-Suomen yliopisto. Pro Gradu- tutkielma.

Markkanen, P. 2002. Opetuksen tuhat taikatemppua-onko opetusmenetelmällä väliä? Uutisia opetuksen kehittämisestä Oulun yliopiston laitoksilla. (16), 7–71.

McGarvey, MA. 2001. Intramuscular injections: a review of nursing practice for adults. All Ireland Journal of Nursing and Midwifery 1 (5), 185-188.

McWilliam, P., Botwinski, C. & LaCourse, J. 2014. Deltoid intramuscular Injections and Obesity. Med-Surg Matters 23 (1), 4–7.

- Mullen, A. & Flanagan, K. 2012. Considering the current evidence for IMI site selection in mental health nursing practice. Hunter New England local health district
- Mykrä, T. & Hätönen, H. (toim.). 2008. Opas opetusmenetelmistä. Helsinki: Edita Prima Oy, 25–29.
- Nisbet, A.C. 2006. Intramuscular gluteal injections in the increasingly obese population: retrospective study. 332, 637–638.
- Ogston-Tuck, S. 2014. Intramuscular injection technique: an evidence-based approach. Nursing Standard. 29 (4), 52–59.
- Ojala, S & Kaukkila, H. 2008. Injektionanto lihakseen- millä, miten ja mihin pistät. Luettu 18.03.2017. <https://sairaanhoitajat.fi/lehti/jutut/injektionanto-lihakseen-milla-miten-ja-mihin-pistat/>
- Ottela, E. 2014. Näyttöön perustuva toiminta (NPT) Superin tavoitteena. Luettu 03.05.2016. <https://www.superliitto.fi/viestinta/blogit/nayttoon-perustuva-toiminta-superissa/>
- Paediatric Nursing. 2007. Intramuscular injection technique. Paediatric Nursing 19 (2), 37.
- Patient safety. 2016. World Health Organization. Luettu 4.4.2016. http://www.who.int/topics/patient_safety/en/
- Pelkonen, R. 1995. Miten pidän luennon. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim.
- Quan, K. 2017. How to Determine Needle Size. Luettu 18.03.2017. <http://nursing-link.monster.com/benefits/articles/8243-how-to-determine-needle-size>
- Rodger, M & King, L. 2000. Drawing up administering intramuscular injections: a review of the literature. A journal of Advanced Nursing. 31(3), 574-582.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009a. Edistämme Potilasturvallisuutta Yhdessä. (3)
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009b. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Julkaisuja 18. Luettu 9.12.2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111909/URN%3ANBN%3Afi-fe201504226780.pdf?sequence=1>
- Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2010. Terveystieteiden tutkimuskeskus. 30.12.2010/1326
- Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2011. Potilasturvallisuutta taidolla-ohjelma.
- Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2014. Mitä on potilasturvallisuus? Laatu ja potilasturvallisuus. Luettu 22.2.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/mita-on-potilasturvallisuus>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Ventrogluteaalinen pistotekniikka. Luettu 2.5.2016.

<https://www.thl.fi/fi/web/rokottaminen/kaytannon-ohjeita/rokottaminen-askel-askeleelta/rokotustekniikka/lihaksensisainen-pistotekniikka-aikuiselle/ventrogluteaalinen-pistotekniikka>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016a. Rokotusvälineiden valinta. Luettu 21.11.2016.

<https://www.thl.fi/fi/web/rokottaminen/kaytannon-ohjeita/rokottaminen-askel-askeleelta/rokotusvalineiden-valinta>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016b. Turvallinen lääkehoito. Luettu 16.03.2017.

<https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/turvallinen-laa-kehoito>

Ukkonen, I. 2017. Opinnäytetyön kuvat. Tampere.

Verkko-hanke. 2011. Eväitä vuorovaikutuksen ja ohjauksen sujumiseen. Luettu

17.03.2017. http://www.oph.fi/download/158918_hyvan_ohjauksen_kriteerit.pdf

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Juva: Bookwell Oy.

Walsh, L. & Brophy, K. 2011. Staff nurses' sites of choice for administering intramuscular injections to adult patients in the acute care setting. *Journal of Advanced Nursing* 67 (5), 1034–1040.

World Health Organization. 2010. WHO best practices for injections and related procedures toolkit. Luettu 17.03.2017. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44298/1/9789241599252_eng.pdf

Zaybak, A., Gunes, U.Y., Tamsel, S., Khorshid, L. & Eser, I. 2007. Does obesity prevent the needle from reaching muscle in intramuscular injections? *Journal of Advanced Nursing* 58 (6), 552–556.

LIITTEET

Liite 1. Lihasinjektio-kysely

LIHASINJEKTION ANTAMISEEN LIITTYVÄ KARTOITTAVA KYSELY

Kyselyyn vastataan nimettömästi. Kaikki vastaukset ovat tärkeitä, koska niiden perusteella pystytään toteuttamaan osaston henkilökunnan tarpeisiin sopiva luento.

1. Mitä lihaksensisäisiä injektiopaikkoja tiedät?
2. Mitä niistä käytät työssäsi ja kuinka usein?
3. Millä perusteella valitset oikean injektiopaikan?
4. Miten pistät injektion lihakseen, kuvaile pistotapa?
5. Mikäli et käytä lihaksensisäisiä injektioita lainkaan, miksi et käytä?

Kiitos vastauksistanne! :)

Liite 2. Palautelomake

PALAUTELOMAKE

Arvioi luennon sekä kliinisen harjoittelun toteutumista ympyröimällä sopivin vaihtoehto.

1 (Täysin eri mieltä) 2 (Eri mieltä) 3 (En osaa sanoa) 4 (Samaa mieltä) 5 (Täysin samaa mieltä)

1. Luento oli mielestäni onnistunut 1 2 3 4 5

Mikä onnistui/epäonnistui luennossa (diat, esittäjät, ajankäyttö yms.)

2. Luento oli minulle hyödyllinen 1 2 3 4 5

Perustelut, miksi? _____

3. Kliininen harjoittelu oli mielestäni onnistunut 1 2 3 4 5

Mikä onnistui/epäonnistui harjoittelussa: _____

4. Kliinisestä harjoittelusta oli minulle hyötyä 1 2 3 4 5

Perustelut, miksi? _____

5. Aion hyödyntää luennolla sekä kliinisessä harjoittelussa oppimaani työssäni

1 2 3 4 5

Vapaamuotoinen palaute: _____

Kiitos palautteestasi! ☺

Liite 3. Opinnäytetyön posteri

Lihasinjektion antaminen potilasturvallisesti hoitotyössä



Ventrogluteaalinen injektioalue on helppo paikantaa käyttäen anatomisia maamerkkejä 1. Suoliluun yläetukärki 2. Suoliluuhaarja 3. Ileo sarvennainen

Potilasturvalliset lihasinjektiot:

Ulompi reisilihas
Suora reisilihas
Hartialihas
Vatsanpuoleinen pakaralihasalue (ventrogluteaalinen)

Opinnäytetyön tavoitteena oli, että henkilökunta motivoituisi ja oppisi käyttämään uusimpia suositeltuja lihasinjektioita

Tässä toiminnallisessa opinnäytetyössä toteutettiin kysely lihasinjektioista terveyskeskussairaalan osaston henkilökunnalle. Kyselyn vastausten perusteella luotiin näyttöön perustuvaan tietoon pohjautuva luento potilasturvallisista lihasinjektioista sekä toteutettiin kliininen harjoittelu.

Kehittämissuhteuksena on, että henkilökuntaa koulutetaan säännöllisesti, jotta voidaan varmistaa heidän osaamisensa ventrogluteaalisen injektion pistämisessä.

Laura Kovanen & Ida Ukkonen 14shsk1
Tampereen ammattikorkeakoulu